

RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO VERTICAL EM PACIENTE COM DESGASTES DENTAIS SEVEROS - RELATO DE CASO CLÍNICO¹

Felipe Borges Bugiga

Graduando em odontologia, Unipar- Cascavel/PR – Brasil.
E-mail: <felipebugiga@hotmail.com>.

Fernanda Lenara Colpo

Graduando em odontologia, Unipar- Cascavel/PR – Brasil.
E-mail: <fer_colpo@hotmail.com>.

Didier Anzolin

Professor do Curso de Odontologia da Unipar-
Universidade Paranaense, Cascavel/PR, Brasil.
E-mail: <didier@profunipar.br>.

Simone Kreve

Professora do Curso de Odontologia da Unipar-
Universidade Paranaense, Cascavel/PR, Brasil.
E-mail: <simonekreve@hotmail.com>.

RESUMO

Introdução: A perda dos dentes posteriores culmina na sobre-função dos dentes anteriores frente aos esforços mastigatórios, causando desgastes dentais severos e consequentemente a perda da dimensão vertical. Esse quadro se torna acentuado principalmente se além da perda dos dentes o paciente apresentar hábitos parafuncionais como por exemplo, o bruxismo. **Objetivo:** Considerando que a determinação da dimensão vertical é uma das etapas mais importantes no tratamento reabilitador, o objetivo do presente estudo foi determinar a dimensão vertical e reabilitar um paciente com colapso facial e dental. **Relato de Caso:** J.I, 58 anos compareceu para tratamento odontológico apresentando dentes extremamente desgastados acompanhado de algumas ausências dentais, resultando em sérios comprometimentos estéticos e funcionais. Foi realizado o diagnóstico e planejamento com o objetivo de restabelecer a dimensão vertical. **Conclusão:** A sequência do tratamento é discutida, demonstrando que, por meio do uso de próteses provisórias, consegue-se criar estabilidade posterior, devolvendo a correta dimensão vertical ao paciente e possibilitando condição satisfatória para o desempenho normal e fisiológico do sistema estomatognático.

Palavras-chave: Dimensão vertical, Bruxismo, Oclusão dentária

¹ Graduação em odontologia, UNIPAR – Universidade Paranaense – Cascavel/PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Uma das etapas mais importantes e indispensáveis em trabalhos protéticos extensos é o restabelecimento da dimensão vertical, que é definida como a altura da face determinada entre dois pontos fixos, sendo um situado na maxila e outro na mandíbula (1). Também é encontrada como sendo a relação do terço inferior da face medida entre dois pontos preestabelecidos no plano vertical (24).

Ela pode ser dividida em dois tipos: dimensão vertical de oclusão (DVO) e dimensão vertical de repouso (DVR) (2). A DVO é a medida entre dois pontos da face, no sentido vertical, quando dentes superiores e inferiores estão em oclusão (8). Já a DVR corresponde à altura do terço inferior da face medida através de dois pontos, quando a mandíbula estiver em posição fisiológica de repouso em relação à maxila (12). Baseando-se na DVR e na DVO, é possível determinar o espaço Funcional Livre (EFL), conhecido também como distância interoclusal, ou espaço funcional de pronúncia. O espaço funcional livre corresponde à distância entre as superfícies incisais e oclusais dos dentes da arcada superior e inferior, quando a mandíbula se encontra em sua posição de repouso fisiológico (21).

O aumento excessivo da dimensão vertical pode levar a um aspecto de face alongada, a uma sintomatologia dolorosa causada pelo aumento da tensão da musculatura facial, dificuldades de deglutição e fonação entre outros. O relacionamento entre maxila e mandíbula no sentido vertical permite não somente uma aparência estética satisfatória, mas principalmente um equilíbrio muscular durante os processos de mastigação, deglutição e fala (22).

A diminuição da DVO leva à perda de tonicidade da musculatura facial deixando a pele flácida. A etiologia da queilite angular é muitas vezes consequência desse fechamento exagerado da distância interoclusal, provocado pela diminuição da DVO (33).

A perda de contenção posterior, ou seja, dos contatos dentários na região posterior da boca, acaba comprometendo uma oclusão mutuamente protegida que, ao decorrer do tempo, frente aos esforços mastigatórios, tende a provocar a projeção dos dentes anteriores no sentido vestibular, contribuindo juntamente com os desgastes dentais para a diminuição da dimensão vertical de oclusão correspondente à medida do terço infe-

rior da face e, ainda, influenciando significativamente na estética e harmonia do sorriso (2).

Os dentes posteriores têm como principal função suportar os esforços mastigatórios no sentido vertical. No entanto, sua perda leva à sobrecarga nos dentes anteriores que, por sua vez, têm como função suportar esforços mastigatórios no sentido horizontal devido à anatomia de suas raízes (22).

A proteção mútua entre os segmentos anterior e posterior da cavidade oral é o elemento de equilíbrio para todo o complexo oclusal. Qualquer alteração nesse mecanismo resulta em sérios problemas, como o colapso oclusal, que leva a uma sobrecarga das forças mastigatórias nos dentes anteriores provocando reações como reabsorções, desgaste dentais, fraturas coronárias e radiculares, o que gera possível necessidade de intervenções restauradoras (28).

Em relação aos métodos de determinação da DVO, dentre os mais utilizados estão o métrico, o fonético e o das proporções faciais (7). Nenhum método até hoje foi qualificado como sendo o mais eficaz dentre todos (10). A resposta frente a cada tipo de método utilizado pode variar de paciente para paciente, sendo importante a associação de diferentes métodos para uma adequada determinação da DVO (33).

Para reabilitações orais extensas e como norteadora de todas as etapas do trabalho protético a ser realizado, a confecção de modelos de estudo, além da sua montagem em articulador, faz-se importante no que tange a simular movimentos mandibulares a fim de encontrar a posição intermaxilar adequada (31). Por ser uma posição reproduzível e estável, a relação cêntrica (RC) é considerada uma posição de referência, sendo essencial em reabilitações extensas (13). A relação cêntrica (RC) é uma posição crânio-mandibular, logo, independe da presença de dentes (14).

O tratamento odontológico deve ser realizado baseando-se em um plano de tratamento preestabelecido. Cada etapa do tratamento influencia nas demais e, consequentemente, no resultado final. Diante disso, um planejamento interdisciplinar é essencial para a resolução do caso de maneira integral, devolvendo estética, fonética e função (28).

Deste modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar através do caso clínico de um paciente com extensos desgastes dentais, as etapas clínicas que envolvem uma reabilitação oral provisória para restabelecimento da dimensão vertical perdida, desde o planejamento até a sua execução.

RELATO DE CASO

Paciente J.I., gênero masculino, com 58 anos de idade, apresentou-se à clínica odontológica da Unipar (Universidade Paranaense), campus de Cascavel/PR, queixando-se da aparência dos dentes e dificuldade na mastigação. Durante a anamnese, o paciente relatou que rangia os dentes ao dormir (bruxismo). No exame intraoral, constatou-se a ausência de alguns elementos dentais e desgastes severos nos dentes remanescentes (Figura 1). O paciente possuía ausências de dentes maxilares nas regiões dos dentes: 12, 15, 16, 18, 22, 25, 28 e na mandíbula nas regiões dos dentes 32, 36, 37, 38, 42, 46, 47 e 48. No exame extraoral, notou-se uma grande diminuição da altura do terço inferior da face, proporcionando ao paciente um aspecto bastante envelhecido (Figura 2). Não houve relato de qualquer episódio de dor articular ou dental.

Figura 1: Aspecto facial inicial do Paciente



Figura 2: Aspecto facial final do paciente



Figura 3 a e b: Comparação intra-oral inicial e final



Para que pudesse ser iniciado o planejamento do caso, foram realizados moldes com alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Alemanha) tanto da mandíbula quanto da maxila, para obtenção dos modelos de estudo. A dimensão vertical (DV) do paciente foi definida através do método métrico com auxílio do compasso de Willis, e os métodos estético e fonético como auxiliares. Com auxílio do Jig de Lucia, realizou-se a desprogramação da oclusão do paciente para que, posteriormente, pudesse ser obtido o registro oclusal em relação cêntrica com material elastomérico (silicone de condensação Zeta Plus, Zhermack, Badia Polesine, Italy). O JIG de Lucia também foi um auxiliar no planejamento da altura vertical a ser reestabelecida visto que ele foi utilizado como registro anterior para guiar a altura do encerramento. Foi realizado encerramento diagnóstico de todos os dentes da arcada superior. Na arcada inferior apenas os pré-molares foram encerrados para possibilitar a confecção de uma muralha em silicone. Esta muralha possibilitou restaurações em resina composta. Após restaurar a anatomia dos pré-molares, foram confeccionados os nichos e moldes para a confecção de uma prótese parcial removível (PPR) inferior, devolvendo ao paciente uma dimensão vertical (DV) provisória. Os incisivos e caninos da mandíbula também foram restaurados em resina composta direta.

Na arcada superior, foram realizados primeiramente preparos e confecção de provisórios

em resina acrílica apenas nos dentes 17, 26 e 27, todos em uma mesma consulta, já devolvendo ao paciente a dimensão vertical previamente preconizada. Alguns dentes da maxila necessitaram de pequenos núcleos de preenchimento em resina composta para que posteriormente pudessem ser realizados os preparos. Os provisórios foram confeccionados unidos, e com auxílio de uma matriz de silicone de condensação (Zeta Plus Zhermack, Badia Polesine, Italy) pela técnica da pré moldagem do enceramento.

Após o término dos preparos, os provisórios dos dentes posteriores foram removidos para que pudesse ser realizada a moldagem de todos os preparos com silicone de adição (Express XT 3M ESPE, St Paul, Minnesota, Estados Unidos), bem como o registro inter-oclusal em 3 pontos. Os novos provisórios, construídos de maneira a se apresentarem unidos e com reforço metálico, foram provados, ajustados e cimentados após conferência da exatidão da dimensão vertical que foi previamente planejada.

DISCUSSÃO

A reabilitação de pacientes com desgaste oclusal extenso é complexa e difícil de solucionar, tornando-se assim um dos maiores desafios na odontologia (26).

A perda dentária pode culminar em graves alterações no sistema estomatognático, que resulta em anomalias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis. Esses estágios avançados transformam-se em verdadeiros desafios para o cirurgião dentista, em que os procedimentos propostos envolvem muito critério, desde a fase de planejamento até a preservação (3).

Considerando esse quesito, optamos por devolver a dimensão vertical do paciente com coroas provisórias, visto que o material possibilita ajustes posteriores, de acréscimo ou redução conforme necessidade, e, sobretudo por possibilitar avaliação da resposta do sistema estomatognático.

Segundo Valenga (34), a correta determinação da dimensão vertical de oclusão é um dos pontos chave do tratamento reabilitador protético. Sua correta determinação tem como objetivo restabelecer a função e a estética. Naconecy et al (17) diz que a correta obtenção da (DVO) influenciará na qualidade final da reabilitação protética.

No momento em que reestabelecíamos a dimensão vertical do paciente em questão, observamos que a estética facial melhorava substancialmente.

Segundo Feltrin (11), diversos fatores de grande importância podem estar relacionados com a alteração da DVO, não sendo apenas a perda do suporte dental posterior e a consequente alteração no posicionamento do côndilo da mandíbula, mas também hábitos parafuncionais.

Há casos em que é difícil determinar se o indivíduo apresenta realmente perda de dimensão vertical por desgastes oclusais ou se estes foram compensados por uma extrusão dentária. O colapso oclusal devido a perda de dentes posteriores também pode levar a uma falsa impressão da diminuição da DVO (9). Já segundo um estudo (8), mesmo em pacientes com bruxismo severo, não haverá alterações na DVO, isto é evidente pela observação consistente de que a erupção é concomitante ao desgaste.

Diversos fatores etiológicos podem estar relacionados a desgastes dentais severos: entre elas estão hábitos parafuncionais (bruxismo ou interposição de objetos duros entre os dentes) e a perda dos dentes posteriores, levando ao deslizamento anterior da mandíbula, que pode provocar perda excessiva de estrutura dental dos elementos anteriores (5). As condições presentes na cavidade oral do paciente vêm ao encontro aos dados relatados por Conti et al. (5), visto que o paciente apresentava tanto bruxismo quanto ausência de dentes posteriores inferiores.

Segundo Pavarina et al. (23), o bruxismo intenso tem sido associado principalmente a estresse emocional, alterações do sistema nervoso central e distúrbios do sono. Os pacientes podem desgastar seus dentes até a gengiva e mesmo assim não apresentarem diminuição da dimensão vertical isso porque as forças eruptivas podem compensar o desgaste para manter a dimensão vertical original (8).

O organismo se adapta devido à erupção dentária contínua, em alguns casos, a quantidade de estrutura perdida pelo desgaste é compensada (8,27). O mesmo não foi visualizado no paciente do presente estudo, visto que quando aumentada a altura do terço inferior da face, observou-se uma melhora substancial na estética facial.

Com o intuito de encontrar um método preciso e reprodutível, muitas técnicas foram descritas ao longo dos anos; no entanto, apesar de

todo o conhecimento disponível sobre o assunto, não há um consenso sobre qual o melhor método para determinação da Dimensão Vertical (DV) em pacientes com perdas de estruturas dentárias posteriores (34).

Diversos métodos para a determinação da DVO estão descritos na literatura. Contudo, deve-se levar em conta a avaliação da perda de suporte posterior, a história de desgaste dentário, a distância interoclusal e a aparência facial do paciente, fatores essenciais para o planejamento em prótese afim de determinar a manutenção, ou restabelecimento da DVO para a otimização do trabalho protético (9). Nenhum método é superior ao outro, e o recomendável é a associação de diversas técnicas (33), como métodos estéticos, métrico e fonético para determinação da DVO (19).

Método métrico de Willis diz respeito à obtenção da DVO através da distância interoclusal que é a medida da distância entre dois pontos (nariz e queixo), feitas na oclusão central e com a mandíbula em posição de descanso (repouso). Quando essas medidas são comparadas e a diferença (espaço funcional livre) for maior que 2 a 4mm, pode-se considerar que a DVO esteja diminuída. (7).

Em um estudo, Willie (35) comprovou que os métodos mais utilizados são o fonético e o estético. Na execução do presente caso clínico, também utilizamos associação de alguns métodos. Segundo Yamashita et al. (37), o método de Willis é muito utilizado, inclusive nas instituições de ensino da América Latina; todavia, por ser um método que utiliza pontos de referência situados em tecido mole, não são estáveis. Uma forma de minimizar esta limitação é buscar pontos de referência no osso para aumentar a precisão das medidas. Pudemos testar esse quesito quando trocávamos o profissional que realizava a mensuração da dimensão vertical de oclusão com uso do compasso de Willis. A medida sempre mudou conforme o profissional era substituído. A maneira de padronizar essa mensuração foi o apoio em tecido ósseo.

Russi (25), ao analisar a dimensão vertical de 210 pacientes dentados, verificou a precisão do método de Willis e constatou que o método exclusivamente não é confiável para o protesista, obtendo êxito em apenas 13% dos indivíduos examinados.

Tamaki (30) descreveu que Willis determina primeiramente a dimensão vertical de repouso para depois determinar a DVO. Após obter o relaxamento muscular do paciente, realizava a

medida da base do nariz ao mento, utilizando-se do compasso de Willis. Da medida obtida eram subtraídos 3 mm (referentes ao EFL), encontrando-se então, a DVO.

O Método Fonético preconizado por Silverman (29) determina a dimensão vertical através de sons fonéticos, e a diferença consiste na ação da musculatura, considerando que nos outros métodos a musculatura está em repouso, e no método fonético os músculos envolvidos estão em função ativa durante a fala. Segundo Tamaki (30), a dificuldade de pronúncia de algumas palavras é devido à diminuição do espaço intraoral que limita os movimentos da língua e dos lábios. A espessura do palato influencia no timbre da voz, pois a dimensão vertical é muito importante para a pronúncia das palavras com sons sibilantes, e as posições dos dentes, nas sílabas chamadas dentais.

Considerando os diferentes métodos disponíveis na literatura, escolhemos por associar o método métrico com o método estético, isso na determinação da futura dimensão vertical. Após a instalação das coroas provisórias foi realizado teste fonético para checar a capacidade fonética do paciente.

Considerando os registros oclusais, a relação entre maxila e mandíbula é uma etapa importante para a reabilitação oral, pois os dados obtidos são transferidos para o articulador, onde serão realizados os procedimentos laboratoriais, sem alterar a dimensão vertical preestabelecida, pois as discrepâncias verticais nas relações maxilo-mandibulares são as principais causas de interferências percebidas nos registros oclusais (32).

Mullick et al. (16) estudaram alguns materiais para os registros oclusais, dentre eles: cera aluminizada, pasta de óxido de zinco eugenol, silicone de condensação, silicone de adição e poliéter, e concluíram que, entre todos, os elastômeros resultaram na menor quantidade de erro.

No presente caso clínico, foram realizados registros tanto com resina acrílica vermelha (Duralay Reliance Dental, Alsip, Illinois, Estados Unidos), como com o silicone de condensação (Zeta Plus Zhermack Badia Polesine, Italy), em diferentes etapas do tratamento.

Segundo Nishioka et al. (18), os materiais que se caracterizam por apresentar uma menor alteração dimensional têm sido indicados para substituir a lâmina de cera. Entre os materiais, encontram-se o poliéter e o silicone de adição, estes possuem uma baixa alteração dimensional e baixa

viscosidade, o que irá levar a uma menor distorção durante a remoção da boca e a transferência para o articulador.

Em situações que necessitam de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão, a prótese parcial removível do tipo overlay é uma das alternativas indicadas para a reabilitação oral do paciente (36).

Contudo, autores descrevem o uso de próteses fixas convencionais assim como restaurações diretas em resina composta fotopolimerizável, e próteses unitárias são outras possibilidades terapêuticas. (20).

No presente caso clínico, escolhemos por reabilitar com próteses fixas provisórias superiores associadas a restaurações em resina compostas nos dentes inferiores, considerando que os mesmos possuíam remanescente dentário satisfatório e prótese parcial removível para que pudessemos ter contatos posteriores e consequentemente devolver a DV.

A reabilitação oral com Prótese Fixa é recomendada por vários estudos com objetivo de devolver a DVO, sendo mais indicada frente à gravidade dos sintomas articulares quando comparada com aparelhos removíveis (4,6).

A vantagem da prótese fixa é justamente por ser fixada na boca, imitando a morfologia dental, não apresentando interferência significativa na fala e proporcionando conforto oclusal e funcional. Além disso, a aceitação do paciente ao tratamento é maior (15).

Nos casos de alteração da dimensão vertical (DV), com desgaste acentuado dos dentes, é indispensável o restabelecimento da nova condição oclusal de DV, através da utilização de próteses provisórias ou de um dispositivo interoclusal, até o paciente relatar conforto (11). Segundo Dantas (7), a utilização de próteses provisórias é indicada para uma melhor avaliação da resposta do paciente ao restabelecimento da DVO antes do tratamento protético definitivo.

CONCLUSÃO

O restabelecimento da Dimensão vertical é essencial para obtenção do sucesso no tratamento reabilitador tanto no aspecto estético quanto funcional, influenciando significativamente na recuperação de uma aparência facial harmônica e mais jovem, além de devolver saúde articular.

Apesar de várias técnicas já terem sido empregadas para tentar determinar a dimensão vertical, ainda não existe um consenso quanto a melhor, e sim a idéia de associar vários métodos para uma mensuração aproximada. A opção de reabilitar o paciente por meio de próteses provisórias possibilita uma adaptação gradual da nova altura oclusal sendo passível de ajustes, além de restabelecer uma condição aceitável e de normalidade ao complexo estomatognático. Embora alguns casos de bruxismo severo apresentem uma extrusão fisiológica capaz de compensar o desgaste provocado, no caso relatado não houve evidências significativas de extrusão compensatória como consequência do hábito parafuncional apresentado pelo paciente em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academy of Dentury Prosthetics. The glossary of prosthodontic terms, 6 ed. J Prost Dent. 1989; 71(1):88-106.
2. Alonso AA, Albertini JS, Bechelli AH. Oclusión y Diagnostico en Rehabilitación Oral. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana 1999; 171-269.
3. Barbosa CMR, Arana ARS, Bourreau MLS. Reabilitação oral de paciente bruxômana com alteração de dimensão vertical. Iniciação Científica Cesumar 2000; 2(1):23-25.
4. Carlsson GE, et al. Effect of increasing vertical dimension on the masticatory system in subjects with natural teeth. J Prosthet Dent 1979; 41(3): 284-9.
5. Conti PC, Pegoraro LF; Ferreira PM, et al. Procedimento para reabilitação de pacientes com desgaste dental acentuado. Rev Assoc Paul Cir Dent 1993; 47(6): 1187-91.
6. Dahl BL, Krogstad O. Long-term observations of an increased occlusal face height obtained by a combined orthodontic D prosthetic approach. J Oral Rehabil 1985; 12(2): 173-6.
7. Dantas ME. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. Rev Odonto 2013; 20(40): 41-48.
8. Dawson PE. Oclusão funcional – Da ATM ao desenho do sorriso. Livraria Santos. Editora LTDA, 2008;113-129.
9. Ditterich RG, et al. Dimensão vertical e relação central em prótese removível: análise e discussão dos métodos de obtenção. Publ UEPG Biol Health Sci: Ponta Grossa 2009; 11 (3): 79-87.

10. Eduardo JVDP. Estudo da dimensão vertical de oclusão e do plano de orientação aplicando a proporção áurea. Faculdade de Odontologia de São Paulo: São Paulo, 2000.
11. Feltrin PP. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. Rev Odontol Univ São Paulo 2008; 20(3): 274-9.
12. Glossary of Prosthodontic Terms. 4 ed. Saint Louis: CV Mosby. 1977.
13. Kogawa EM, et al. Centric Relation: Clinic application of scientific evidence. Jornal Bras de Oclusão, ATM e dor Orofac. 2004; 4(17): 175-86.
14. Malucelli G. Métodos de obtenção da relação cêntrica [monografia]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2004; 06-35.
15. Moshaverinia A, et al. A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: A clinical report. J Prosthet Dent 2014; 111(4): 259-63.
16. Mullick SC, et al. A study for interocclusal record materials. J Prosthet Dent 1981; 46(3): 304-7.
17. Naconecy MM, et al. Adaptabilidade do sistema estomatognático frente ao aumento da dimensão vertical de oclusão. Revista Odonto Ciência 2003; 18(39): 99-103.
18. Nishioka RS, Almeida EES. Método de obtenção de registros oclusais em prótese parcial fixa - revisão da literatura. Brazilian Dental Science 2010; 4(2): 79-83.
19. Oliveira TRC, et al. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. Pesqui Odontol. Bras 2000; 14(3): 219-24.
20. Pacheco AF, et al. Estratégia para Restabelecimento de Dimensão Vertical de Oclusão com Mini-Jig Estético - relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central 2012; 21(56): 340-349.
21. Paiva HJ, et al. Oclusão: noções e conceitos básicos. São Paulo: Santos, 1997.
22. Pegoraro LF, et al. Prótese Fixa. Série EAP/APCD/Artes Médicas. 1998; 54(7): 192-196.
23. Pavarina AC, Machado AL, Vergani CE, et al. Overlay removable partial dentures for a patient with ectodermal dysplasia: a clinical report. J Prosthet Dent 2001; 86(6): 574-577.
24. Reis KR, et al. Análise do método de Willis na determinação da dimensão vertical de oclusão. Rev. bras. Odontológica, Rio de Janeiro. 2008; 65(1): 48-51.
25. Russi S. Verificação experimental do método de Willis. [dissertação]. Faculdade de Farmácia e Odontologia de Araraquara: São Paulo, 1965.
26. Sato S, Hotta TH, Pedrazzi V. Removable occlusal overlay splint in the management of tooth wear: a clinical report. J Prosthet Dent 2000; 83(4):392-395.
27. Satori IAM, et al. Planejamento protético visando a reabilitação com implantes em casos unitários e parciais. Livraria Santos Editora LTDA: São Paulo, 2008; 15-30.
28. Silva MCVS, et al. Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo "Overlay" - Relato de Caso. Rev. Bras. de Ciências da Saúde 2011; 15(4): 455-460.
29. Silverman MM. The speaking method in measuring vertical dimension. J Prosthet Dent 1953; 3(2):193-9.
30. Tamaki T. Dentaduras completas. Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo, 1970; 23-125-154-226.
31. Tamaki, T. Transferência e montagem dos modelos desdentados parciais ao articulador T.T. Parte III - Programação com base em guias de mordida. Rev Assoc Paul Cir Dent 1980; 34(5):408-19.
32. Tripodakis AP, et al. Evaluation of the accuracy of interocclusal records in relation to two recording techniques. J Prosthet Dent 1997; 77(2): 141-6.
33. Turano JC, Turano LM. Fundamentos de prótese total. 7 ed. 2004; 265-296.
34. Valenga S. Métodos para determinação da dimensão vertical de oclusão. Editora Unicamp: São Paulo, 2016; 13-14.
35. Willie R. Trends in clinical methods of establishing an ideal interarch relationship. J Prosthet Dent 1958; 8(2): 243-51.
36. Windchy AM, Morris JC. An alternative treatment with the overlay removable partial denture: a clinical report. J Prosthet Dent 1998; 79(3): 249-53.
37. Yamashita S, Shimizu M, Katada H. A newly proposed method to predict optimum occlusal vertical dimension. J Prosthet Dent 2015; 24(4): 287-90.

Restoration of vertical dimension in a patient with severe dental wear- case report

ABSTRACT

Background: The loss of posterior teeth culminates in over-function of anterior teeth in front of the masticatory efforts, causing severe dental wear and consequently the loss of vertical dimension. This frame becomes accentuated especially if in addition to the loss of teeth the patient present parafunctional habits such as bruxism. **Aim:** Considering the determination of the vertical dimension is one of the most important steps in the rehabilitation treatment, the objective of the present study was to determine the vertical dimension and rehabilitate a patient with dental and facial collapse. **Case report:** J.I, 58 years old, attended for dental treatment showing teeth extremely worn accompanied by some dental absences, resulting in serious aesthetic and functional compromises. The diagnosis and planning with the objective to restore the vertical dimension. **Conclusion:** the sequence of treatment is discussed, demonstrating that, through the use of provisional prostheses, you can create further stability, returning the correct vertical dimension to the patient and providing satisfactory condition for the normal physiological performance of the Stomatognathic system.

Keywords: Vertical Dimension, Bruxism, Dental Occlusion

Autor correspondente:

Simone Kreve. Rua independência 1899, apto 602, Centro, Toledo, Paraná - Brasil. CEP 85902-015.